1931
Lane Medical Library

Über das Vorkommen doppelseitiger peritonsillärer Abszesse.

Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

bei der medizinischen Fakultät der

Hessischen Ludwigs-Universität

zu Gießen

vorgelegt von

Carl Seibel

aus Schönbach, Dillkreis

Gießen 1931

Gießener Studentenhilfe E. V.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät
zu Gießen.
Referent: Privatdozent Dr. Herrmann.

Über das Vorkommen doppelseitiger peritonsillärer Abszesse.

Die Zahl der einseitigen peritonsillären Abszesse ist bei weitem größer als die der doppelseitigen. Obwohl diese klinische Tatsache wohl bekannt ist, sind in der einschlägigen Literatur nur wenig Abhandlungen erschienen, die sich über Verlauf, Auftreten und Komplikationen der doppelseitigen im Vergleich mit den einseitigen Abszessen befassen.

In der vorliegenden Arbeit sollen nun in der oben angegebenen Richtung die Fälle von doppelseitigen peritonsillären Abszessen an der Gießener Universitäts-Ohren-Klinik aus den Jahren 1920 bis 1930 untersucht und zusammengestellt werden.

Aus dem Schrifttum soll in Folgendem kurz auf die wichtigsten Untersuchungen eingegangen werden. Denker und Nührmann wollen doppelseitige peritonsilläre Erkrankungen allein bei Grippe gesehen haben. Ein genaues Zahlenverhältnis einseitiger und doppelseitiger Abszesse war nirgends angegeben; nur nebenbei bemerkt Erdelyi in einem Bericht über Tonsillektomie als Therapie bei peritonsillären Abszessen, daß unter 43 von ihm behandelten Fällen 3 beiderseitige Abszesse waren. Die Ätiologie der doppelseitigen Abszesse hält man im allgemeinen für die gleiche wie die der einseitigen, obgleich die Ansichten auch hier teilweise auseinander gehen.

Dietrich teilt die Tonsillitis in verschiedene Stadien ein. Er spricht im ersten Stadium von katarrhalischen Primäraffekten, aus denen sich die katarrhalische Mandelentzündung entwickelt. Als zweites Stadium bezeichnet er die lacunäre Angina, als drittes die abszedierende Tonsillitis. Nach seiner Ansicht bilden alle Formen der Tonsillitis eine Entwicklungsreihe, an deren Ende die abszedierende Form steht. Der peritonsilläre Abszeß ist demnach eine Fortsetzung der perilacunären Eiterung des dritten Stadiums der Tonsillitis. Dietrich fand, daß die Mandelentzündung nicht auf die Oberfläche des Organs beschränkt bleibt, sondern daß sie schon in den ersten Tagen tiefgreifende, unter Umständen

destruktive Veränderungen im lymphatischen Gewebe und eitrige Einschmelzungsherde in verschiedener Anzahl und Ausdehnung machen kann. Durch diesen Befund kam er zu der obigen Auffassung über die Genese peritonsillärer Abszesse.

Der Amerikaner Cohen führt die peritonsillären Abszesse auf Entzündung in den Krypten der Fossa supratonsillaris zurück, die durch die Schleimhaut der Gaumenmandelnische verschlossen wären; die meisten Autoren erblicken in dem in der Tiefe der Supratonsillarbucht angehäuften und stagnierenden Sekretmassen den häufigsten Ausgangspunkt der phlegmonösen Entzündungen. Die Entleerungsmöglichkeit dieser Bucht würde dadurch beeinträchtigt, daß sich infolge vorausgehender Entzündungen Verwachsungen zwischen Gaumenbogen und Mandeloberfläche bildeten, so daß die Fossa supratonsillaris dadurch ganz oder teilweise verschlossen ist. Leegard erblickt in einem für die Abflußverhältnisse besonders ungünstigen Bau der Fossa supratonsillaris sogar die Ursache für eine Familiendisposition zu Peritonsillitiden, die er festgestellt zu haben glaubt.

Neben diesen ätiologischen Momenten, die man im großen und ganzen in den topographisch anatomischen Verhältnissen der Tonsille und der Tonsillenbucht suchen zu müssen glaubt, sind aber dem Kliniker weitere Beobachtungen geläufig, die, wenn auch nicht direkt ursächlich, so aber vielleicht doch als unterstützende Faktoren für die Entstehung peritonsillärer Abszesse in Frage kommen.

Peritonsilläre Abszesse nach intranasalen Eingriffen werden verhältnismäßig selten beobachtet; auch diesen gehen meist Anginen voraus. Eine hohe Prozentzahl der intranasal Operierten bekommen eine Angina. Die Ätiologie dieser Anginen ist in mehreren Arbeiten über Spitalsangina von Zange, Herbst, von Zwehl, Stieb, Uffenorde usw. näher beschrieben. Wir wissen es aus den Zusammenstellungen von Stieb aus unserer Klinik, daß auch bei diesen Anginen peritonsilläre Abszesse entstehen können, wenngleich viel seltener als bei den nicht postoperativen Anginen. Peritonsilläre Abszesse können weiterhin auch durch die Anwesenheit eines Fremdkörpers (Strohhalm, Fischgräte usw.) in der Gaumentonsille hervorgerufen werden. So berichtet Jan Gorny über einen Fall, bei dem eine in der Gaumentonsille steckende Zahnbürstenborste einen peritonsillären Abszeß verursacht hatte.

Weiterhin können peritonsilläre Abszesse als fortgeleitete eitrige Prozesse der Nachbarschaft aufgefaßt werden. Infektiöse Veränderungen der Zähne, besonders der Weisheitszähne sind von Bedeutung für die Entstehung von Mandelinfektionen und peritonsilläre Abszeßbildungen. Otogene peritonsilläre Abszesse

kommen selten vor. Immer muß eine Knocheneinschmelzung am Ohre, meist der peritubaren Zellen, vorausgehen; denn nur Senkungsabszesse von seiten des Ohres kommen direkt ätiologisch in Frage. Der Eiter folgt den Intermuskulärspalten bis zur Gegend der Tonsille.

Ausnahmsweise entsteht einmal ein Abszeß im peritonsillären Gewebe nach einer Tonsillektomie.

Als Erreger der eitrigen Einschmelzung kommen in der Hauptsache Staphylo-Strepto- vereinzelt Pneumokokken, Koli und Diphtheriebazillen in Frage, seltener Actinomyces und Anaerobier.

Wie eingangs meiner Arbeit erwähnt, sollen meine Untersuchungen die Jahrgänge von 1920—30 umfassen.

An der Gießener Klinik wurden in diesem Zeitraum 155 einseitige und 27 doppelseitige Abszesse bzw. Peritonsillitiden beobachtet. Die Verteilung ist am besten aus der Tabelle I ersichtlich.

Tabelle I.

Es entfielen auf das Jahr:

Jahreszahl	Einseitige peritonsilläre Abszesse Anzahl	Beiderseitige peritonsilläre Abszesse Anzahl
1920	9	—
1921	10	—
1922	11	1
1923	10	2
1924	8	—
1925	15	1
1926	13	3
1927	20	4
1928	24	7
1929	35	9
	155	27

Prozentual ausgerechnet entfallen auf 100 einseitige peritonsilläre Abszesse 17,4 doppelseitige Abszesse.

Um ein genaues Bild über die doppelseitigen peritonsillären Abszesse zu bekommen, führe ich die an unserer Klinik beobachteten Fälle kurz an.

1. Fall. Eingewiesen am 2. XI. 1922. Alter 22 Jahre ♀. Früher oft Anginen, bisher 2 Abszesse; seit 3 Tagen Schluckschmerzen,

mittelstarke Kieferklemme; am 2. XI. abends entleert sich der rechtsseitige, am 3. XI. der linksseitige Abszeß spontan. Temp. 38,4°; am 4. XI. ist Patient fieberfrei. Entlassung am 6. XI. 1922.

2. Fall. Eingeliefert am 14. VII. 1923. Alter 18 Jahre ♂. Früher 1 Abszeß und öfters Anginen; seit 6 Tagen zunehmende Schluckschmerzen; 1. Abszeß draußen eröffnet. Nach vorübergehender Besserung trat wieder Verschlechterung auf; deshalb Einlieferung in die Klinik; Spreizung der Incisionswunde links, am 16. VII. Incision rechts. Temp. 37,8°, am 18. VII. fieberfrei, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 20. VII. 1928.

3. Fall. In die Klinik aufgenommen am 24. IX. 1923. Alter 21 Jahre ♂. Früher häufig Anginen; 1922 doppelseitiger Abszeß. Vor 8 Tagen plötzlich hohes Fieber und Frostgefühl, im Laufe des Tages Halsschmerzen, mittelstarke Kieferklemme, am 29. IX. Temp. 39°. Incision beider Abszesse, Temp. fällt nach der Incision rasch ab, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 4. X. mit dem Rat zur Tonsillektomie.

4. Fall. In klinische Behandlung gekommen am 23. V. 1925. Alter 33 Jahre ♀. Bisher 1 Abszeß; seit 8 Tagen Hals- und Schluckschmerzen; starke Atemnot und Kieferklemme. Patient muß aufrecht sitzen, Temp. 37,7°, sofortige Incision beider Abszesse, danach Abnahme der Atemnot, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 30. V. 1925. Rat zur Tonsillektomie.

5. Fall. Überwiesen von der Med. Klinik am 21. III. 1926. Alter 4 Jahre ♀. dort wegen Di. Verdacht eingeliefert, Abstrich neg., starke Kieferklemme und Atemnot, Kind röchelt, Temp. 39,6°, beiderseitige Incision, Temp. sinkt bald ab. Wegen Nasendiphtherieverdacht in die Med. Klinik am 22. III. zurückverlegt.

6. Fall. Aufgenommen am 24. III. 1926. Alter 21 Jahre ♂; seit Kindheit häufig Anginen, vor 3 Tagen Beginn mit Schluckschmerzen, mäßige Kieferklemme, am 24. Eröffnung des rechten Abszesses, am 27. Anstieg der Temperatur auf 38,5°, wegen Eiterverhaltung erneut Eröffnung; am 1. IV. besteht eine Peritonsillitis links. Patient verläßt auf eigenen Wunsch die Klinik.

7. Fall. Eingewiesen am 15. IV. 1926. Alter 19 Jahre ♂.Früher häufig Anginen, vor 4 Jahren Tonsillotomie; seit 8 Tagen Schluckschmerzen und Fieber, mittelstarke Kieferklemme, Incision links am 15. IV., Temperatursturz, mehrmalige Spreizung, am 14. IV. Incision rechts, Temp. 38,8° fällt sofort, am 20. IV. fieberfrei, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 22. IV. 1926.

8. Fall. Eingeliefert am 6. I. 1927. Alter 25 Jahre ♀. Früher öfters Anginen, seit 4 Tagen Schluckbeschwerden, zunehmende Kieferklemme, Temp. 37,9°. Incision beider Abszesse am 6. I.,

nach 2 Tagen fieberfrei, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 12. I. 1927.

9. Fall. In die Klinik gebracht am 19. III. 1927. Alter 18 Jahre ♂. Früher weder Anginen noch Abszesse; seit 14 Tagen Halsschmerzen. Der linke Aszeß wurde vom Hausarzt incidiert; es stellte sich eine unstillbare Blutung ein. Deshalb wurde der Patient der Klinik zugeführt. In der Klinik wurde die Tonsille ausgeschält. Über einem eingelegten Tampon wurden die beiden Gaumenbögen vernäht. Die Blutung stand nach kurzer Zeit. Am 21. III. wurde der rechte Abszeß incidiert, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 4. IV. 1927.

10. Fall. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte am 29. VI. 1927. Alter 22 Jahre ♀. Früher häufig Anginen; seit 8 Tagen Halsschmerzen, leichte Kieferklemme. Beiderseitig waren die Halsdrüsen sehr stark geschwollen und schmerzhaft. Der linke Abszeß hat sich bereits größtenteils spontan entleert, der rechte wird incidiert. Patient ist nach 1 Tag bereits fieberfrei, glatter Verlauf, Heilung. Entlassung am 4. VII. 1927.

11. Fall. In klinische Behandlung gekommen am 21. VII. 1927. Alter 22 Jahre ♂. Früher nur Gelenkrheumatismus, keine Anginen, seit 8 Tagen Schluckbeschwerden, mittelstarke Kieferklemme. Incision beiderseitig. Glatter Heilungsverlauf, Temp. fällt rasch zur Norm. Entlassen am 23. VII. 1927.

12. Fall. In die Klinik aufgenommen am 11. I. 1928. Alter 33 Jahre ♂. Mandelkappung als Kind, bereits einmal 1 Abszeß, seit 4 Tagen zunehmende Halsschmerzen, starke Kieferklemme, Schlucken unmöglich, Halsdrüsen beiderseitig sehr schmerzhaft. Temp. 38,8°. Incision rechts, Peritonsillitis links klingt spontan ab. Am 14. I. fieberfrei. Entlassung am 16. I. 1928.

13. Fall. Eingewiesen am 16. II. 1928. Alter 18 Jahre ♀. Früher häufig Anginen, mit 8 Jahren Mandelkappung, seit 8 Tagen Hals- und Schluckschmerzen, Fieber und mittelstarke Kieferklemme, Temp. 37,0°, Incision rechts am 16. II., 10 Tage später links. Glatter Verlauf, Heilung, Entlassung am 1. III. 1928.

14. Fall. Eingeliefert am 16. VII. 1928. Alter 25 Jahre ♂. Früher keine Anginen. Seit 3 Tagen Hals- und Schluckbeschwerden, leichte Kieferklemme, mäßige Temperaturen, Incision der beiden Abszesse im Abstand von 4 Tagen, Temperatursturz nach jeder Spaltung, am 24. VII. fieberfrei. Glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 28. VII.

15. Fall. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte am 16. VII. 1928. Alter 55 Jahre ♂. Seit 3—4 Tagen Schluckbeschwerden, Peritonsillitis beiderseitig. Therapie: Warme Umschläge, Sollux-

lampe; die Schwellung geht beiderseitig zurück. Heilung. Höchsttemp. 38,4°. Entlassen am 18. VII. 1928.

16. Fall. Zur Behandlung aufgenommen am 10. X. 1928. Alter 23 Jahre ♂. Früher häufig Anginen, besonders in den letzten Jahren, seit 8 Tagen Halsschmerzen, starke Kiefersperre, Temp. 38,7°, Incision beiderseitig, öfters Spreizung. Temp. fällt nach der Incision innerhalb zweier Tage zur Norm, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 17. X. 1928.

17. Fall. In klinische Behandlung gekommen am 25. X. 1928. Alter 21 Jahre ♂. Bisher nie Anginen, seit 5 Tagen zunehmende Schluckbeschwerden, kloßige Sprache, mittelstarke Kieferklemme. Temp. 38,9°. Incision rechts am 25. X., links am 27. X., nach 3 Tagen ist Patient fieberfrei, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 2. XI. 1928.

18. Fall. Eingewiesen am 28. III. 1929. Alter 60 Jahre ♂. Bisher keine Anginen. Seit 8 Tagen Hals- und Schluckschmerzen, zunehmende Atemnot, sehr starke Kieferklemme, Temp. 39°. 28. III. Incision links, sofortige Abnahme der Atemnot, 31. III. Incison rechts. 1. IV. fieberfrei, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 1. IV. 1929.

19. Fall. In die Klinik gebracht am 3. IV. 1929. Alter 24 Jahre ♀. Bisher nur einmal eine Angina. Seit 8 Tagen Schluckbeschwerden, seit gestern zunehmende Kieferklemme, Peritonsillitis beiderseitig, starke ausstrahlende Schmerzen in beide Ohren, spontanes Abklingen der Peritonsillitis beiderseitig, keine Abszeßbildung, Temp. 38,9°, nach 3—4 Tagen fieberfrei, Heilung. Entlassen am 10. IV. 1929. Rat zur Tonsillektomie.

20. Fall. Aufgenommen am 23. VII. 1929. Alter 29 Jahre ♀. Früher häufig Anginen, bereits dreimal Abszesse. Kommt auch wegen einer eitrigen Kieferhöhlenentzündung, 8 Tage später Abszeß, rechts Incision, 3 Tage später links Abszeßbildung. Temp. 38,9°. Der linke Abszeß entleert sich spontan, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen erst am 23. VIII. weil Patient noch eine Otitis media acuta bekommen hatte.

21. Fall. Aufgenommen am 28. VII. 1929. Alter 29 Jahre ♂. Bisher nie Mandelentzündung. Seit 4 Tagen Hals- und Schluckschmerzen. Patient bekommt nichts mehr herunter, starke Kieferklemme. Temp. 37,5°. Incision links am 28. VII., rechts am 1. VIII. Temp. fällt nach jeder Incision ab, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 7. VIII. Rat zur Tonsillektomie.

22. Fall. Zur klinischen Behandlung eingeliefert am 29. XI. 1929. Alter 14 Jahre ♂. Früher häufig Anginen, seit 8 Tagen Hals- und Schluckschmerzen, mittelstarke Kieferklemme. Temp. 38,7°.

Incision beider Abszesse. Nach 3 Tagen fieberfrei, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 4. XII. 1929.

23. Fall. Eingewiesen am 9. I. 1930 wegen behinderter Nasenatmung. Alter 20 Jahre ♂. Früher nie Abszesse. 3—4 Tage nach der Septumresektion nach Killian Angina tonsillaris, die zunächst abklingt. Am 20. I. erneut Halsschmerzen, am 21. I. Incision eines rechtsseitigen, am 24. I. des linksseitigen Abszesses, Höchsttemp. 38,8°, glatter Verlauf, Heilung. Entlassen am 28. I. 1930.

24. Fall. In die Klinik gebracht am 17. I. 1930. Alter 29 Jahre ♀. Früher nie Abszesse, seit 3 Wochen schon Hals- und Schluckschmerzen, in den letzten Tagen Schlucken fast unmöglich, starke Kieferklemme. Incision beider Abszesse. In 3 Tagen Abklingen aller Erscheinungen. Heilung. Entlassen am 25. I. 1930.

25. Fall. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte am 11. II. 1930. Alter 19 Jahre ♂. Früher häufig Anginen, seit 4—5 Tagen Schluckbeschwerden, mittelstarke Kieferklemme, starke Lymphdrüsenschwellung am Halse beiderseitig. Incision links, öfters Spreizen. Die starke Peritonsillitis rechts sowie die Lymphadenitis klingt spontan ab. Höchsttemp. 38°. Heilung. Entlassen am 19. II. 1930.

26. Fall. Eingewiesen am 13. II. 1930 wegen behinderter Nasenatmung. Alter 18 Jahre ♂. Früher häufig Anginen. 4 Tage nach der submucösen Septumresektion nach Killian klagt Patient über Hals- und Schluckschmerzen. Temp. 39°. Nach 3 Tagen wird der linksseitige Abszeß incidiert, die starke Peritonsillitis rechts klingt spontan ab. Alsdann glatter Heilungsverlauf. Nach ca. 3 Tagen fieberfrei. Entlassung am 27. II. 1930.

27. Fall. Aufgenommen am 6. III. 1930. Alter 24 Jahre ♀. Früher nie Halsentzündung oder Abszesse. Seit 4 Tagen Schluckbeschwerden, leichte Kieferklemme, Peritonsillitis beiderseitig, links kommt es zur eitrigen Einschmelzung. Es tritt ein Oedem der Epiglottis auf. Incision linkerseits, die rechtsseitige Peritonsillitis klingt spontan ab, ebenso schwindet das Epiglottisoedem. Am 1. III. fieberfrei. Heilung. Entlassung am 10. III. 1930.

Bei der Betrachtung der gebrachten Krankheitsgeschichten sehen wir, daß alle an unserer Klinik beobachteten Fälle in Heilung ausgingen. Die Behandlung der beiderseitigen peritonsillären Abszesse war dieselbe wie bei den einseitigen, d. h. es wurde abgewartet, bis die Abszedierung deutlich war, und erst dann wurde die Incision vorgenommen. An unserer Klinik pflegen wir im Gegensatz zu manchen anderen Kliniken die Abszesse nicht durch den vorderen Gaumenbogen zu eröffnen, sondern durch den oberen Tonsillenpol. Wir benutzen dazu die Wolfsche spitze Zange. Die Nachbehandlung besteht darin, daß in den folgenden Tagen die Incisionswunde noch einigemale stumpf gespreizt wird, damit

keine Eiterverhaltung auftritt. Wir schälen im Gegensatz zu einigen anderen Kliniken während der Abszedierung die Tonsillen nie aus, vielmehr begnügen wir uns mit der einfachen Incision und warten mit der Tonsillektomie einige Zeit, für gewöhnlich 6 Wochen. Nur wenn Komplikationen auftreten, z. B. starke Blutungen, Pyaemie oder Sepsis entschließen wir uns auch im floriden Stadium der Entzündung zur Tonsillektomie. Im Fall Nr. 9, der draußen incidiert wurde und bei der Einlieferung erheblich blutete, mußten wir die Tonsillektomie ausführen, um die Blutung zum Stillstand zu bringen. Es wurde die Tonsille ausgeschält, das Wundbett tamponiert und die Gaumenbögen über dem Tampon durch Naht so zusammengezogen, daß die Blutung stand. In einem weiteren Fall bestand ein Oedem des Kehldeckels, das aber nach der Incision des Abszesses auch von selbst zurückging. Weitere Komplikationen, so Phlegmonen des Kehlkopfes oder der tiefen Halsmuskeln, Thrombosen der Vena jugularis und des Sinus sigmoideus und cavernosus haben wir bei den doppelseitigen peritonsillären Abszessen nicht beobachtet.

Aber auch bei den einseitigen peritonsillären Abszessen sahen wir keine ernsthaften Komplikationen; nur in einem Falle beobachteten wir ein Larynxoedem, das aber auch von selbst zurückging. Bei einem weiteren Kranken trat nach Incision des Abszesses eine starke entzündliche Schwellung der gleichseitigen Parotis auf. Sei es nun, daß die Entzündung auf die Parotisloge fortgeschritten war, oder aber daß die Parotitis entweder vom Munde aus durch den Ductus parotideus oder metastatisch entstanden war, jedenfalls klang sie spontan ab, ohne daß es zu einer Einschmelzung im Drüsenparenchym gekommen wäre.

Bei einem weiteren Fall, dem ein besonderes Interesse gebührt, handelte es sich um ein neunjähriges Kind; bei diesem Kinde perforierte ein peritonsillärer Abszeß, der schon längere Zeit bestand, vom Spatium parapharyngeum aus in den Gehörgang. Nach Incision des peritonsillären Abszesses vom Munde aus heilte der Prozeß rasch ab.

In zwei Fällen der einseitigen peritonsillären Abszesse trat ein akuter Gelenkrheumatismus hinzu, der auf die üblicheBehandlung hin bald ausheilte.

Zu erwähnen wäre vielleicht noch ein Erysipel der Nase, das interkurrent auftrat; ob es mit dem Abszeß im Zusammenhang zu bringen war, ist nicht zu entscheiden.

Dieses sind somit die Komplikationen, die wir bei unseren Kranken mit ein- und doppelseitigen peritonsillären Abszessen beobachtet haben. Abszedierungen im Bereich der Lymphknoten am Halse traten in unseren Fällen nicht auf. Selbst starke Schwel-

lungen der Lymphknoten am Halse gingen spontan zurück, so daß wir in keinem von 182 Fällen ein- und doppelseitiger peritonsillärer Abszesse von außen incidieren mußten.

Die Symptome der doppelseitigen peritonsillären Abszesse waren im allgemeinen dieselben wie bei den einseitigen, nur das Krankheitsbild war vielleicht noch ausgesprochener. Die Kieferklemme war oft sehr hochgradig, so daß man kaum Einblick in die Mundhöhle bekommen konnte, besonders bei den Patienten, wo die peritonsilläre Abszedierung beider Seiten zeitlich zusammenfiel. Bei fast allen Fällen bestand ein starker Foetor ex ore; die Zunge war stets dick belegt, die Sprache kloßig. Die Schmerzen waren meist sehr hochgradig, die regionären Lymphknoten sowohl rechts wie links oft stark geschwollen und druckschmerzhaft. Die größte Zahl der Kranken mit doppelseitigen Abszessen klagte über ausstrahlende Schmerzen nach beiden Ohren. Das Allgemeinbefinden war erheblich gestört durch die mangelnde Nahrungsaufnahme und die Schmerzen beim Versuch zu Schlucken. Das Krankheitsbild des einseitigen peritonsillären Abszesses ist ja meist schon so typisch, daß es kaum zu verkennen ist. Beim doppelseitigen Abszeß waren die Erscheinungen noch ausgesprochener. Nach der Incision gingen die Schwellung und Schmerzhaftigkeit bisweilen unmittelbar nach Entleerung des Abszesses zurück. Die Kranken aber brauchten für gewöhnlich längere Zeit als die mit einseitigen Abszessen, um sich von ihrer Erkrankung zu erholen. Bei einer großen Zahl der peritonsillären Abszesse bestand hohes Fieber, oft bis zu 40°. Das Fieber hielt bisweilen etwa 2—3 Tage an, um dann völlig zu schwinden, nur bei einigen wenigen Fällen blieben höhere Temperaturen bis zu einer Woche und länger bestehen. Die meisten Kranken schieden im floriden Stadium der Erkrankung etwas Albumen aus. Dabei handelte es sich allerdings meistens um Trübungen (Opalescenz). Ausgesprochene Nephritiden wurden nicht beobachtet. In einem schweren Falle sah ein Kranker subikterisch aus, aber auch dieser erholte sich recht bald.

Gesonderte Betrachtung möchten wir noch den Fällen von peritonsillären Eiterungen widmen, die im Anschluß an eine postoperative Angina auftraten.

Wir wissen aus der Literatur, daß die postoperativen Anginen im allgemeinen sehr wenig zu Komplikationen neigen. An unserer Klinik wurden in dem genannten Zeitraum insgesamt 6 Fälle von peritonsillären Abszessen nach postoperativer Angina beobachtet, und zwar 3 einseitige und 3 beiderseitige. Berücksichtigen wir den großen Zeitraum und die hohe Zahl der postoperativen Anginen (in unserer Klinik etwa 14%), so sind diese 6 Erkrankungen

zahlenmäßig gering. Wir stimmen also mit Zange überein, der bei postoperativen Anginen nur selten Abszeßbildungen sah.

Doppelseitige peritonsilläre Abszesse im Anschluß an eine Zahnerkrankung haben wir in unserer Klinik nicht beobachtet; dagegen sahen wir in dem genannten Zeitraum 3 einseitige peritonsilläre Abszesse, deren Ursache eine Zahnerkrankung war.

Wie aus den Krankengeschichten ersichtlich, hatten die meisten der Patienten mit den beschriebenen doppelseitigen peritonsillären Abszessen schon früher häufiger Anginen oder Tonsillareiterungen. Berücksichtigen wir das Alter der Patienten sowohl mit einseitigen als auch mit beiderseitigen Abszessen, so ergeben sich folgende zwei Kurven.

(Siehe Kurventafeln.)

In der schwarzen Kurve ist das Alter der mit einseitigen Abszessen, in der roten Kurve das Alter der mit beiderseitigen Abszessen Erkrankten eingeteilt in Jahrzehnten wiedergegeben; ein jedes Jahrzehnt beginnend mit dem Alter von 1—10 Jahren entspricht 2 cm der Abscisse, je 10 Erkrankte = 2 cm der Ordinate. Beide Kurven zeigen keine nennenswerte Unterschiede. Beide bestätigen voll und ganz die Angaben der Literatur; im Alter von 20—30 Jahren erkranken die meisen Patienten an peritonsillären Abszessen. Bei ein- wie doppelseitigen Abszessen ist das Verhältnis der Erkrankten zur Geschlechtszugehörigkeit gleich; $^3/_5$ sind männlichen, $^2/_5$ weiblichen Geschlechtes. Bei unseren Kranken war also wohl zufällig das männliche Geschlecht mehr beteiligt.

Wir wissen, daß Anginen oft epidemieartig auftreten und meist im Anschluß an Witterungsumschläge; kommt es zu einer plötzlichen starken Abkühlung der warmen Luft, so beobachtet man unter Umständen schlagartig eine Reihe von Erkältungskrankheiten. Auch die Halsentzündung steht offenbar weitgehend in Abhängigkeit von meteorlogischen Witterungseinflüssen. Früher wurde diese Tatsache von namhaften Autoren geleugnet und auch heute ist es noch teilweise so. Die neueren Forschungen aber sprechen doch dafür, daß die klimatischen Einflüsse eine große Rolle bei den sog. Erkältungskrankheiten spielen.

Die nächste Kurve zeigt uns die Verteilung sämtlicher Abszesse in den einzelnen Monaten für die Jahre 1927, 1928, 1929. Die schwarze Kurve zeigt uns die monatliche Verteilung für das Jahr 1927, die punktierte für das Jahr 1928, die rote für 1929.

(Siehe Kurventafeln).

Im genannten dreijährigen Zeitraum fielen von den beobachteten doppelseitigen Abszessen 4 auf den Monat Januar, 3 auf den

Monat Februar, 3 auf den Monat März, je 1 Abszeß auf April, Mai und Juni, 5 auf den Monat Juli und 2 auf den Monat Oktober.

Bei Betrachtung der Kurven hat es den Anschein, als ob die peritonsillären Abszesse sich ganz gleichmäßig auf Sommer- und Wintermonate verteilen; ein Einfluß von Wind und Wetter scheint auf den ersten Blick nicht vorhanden zu sein. Doch müssen wir berücksichtigen, daß wir in dieser Arbeit die meteorologischen Witterungsverhältnisse ganz und gar unberücksichtigt ließen. Denn man kann sich vorstellen, daß auch in einem heißen Monat bei plötzlichem Temperatursturz Anginawellen auftreten und damit auch gehäuftes Vorkommen von Peritonsillärabszessen. Aus diesen Kurven können wir also bei kritischer Betrachtung keine Schlüsse in bezug auf die klimatischen Einflüsse ziehen.

Zusammenfassung:

An der Gießener Klinik wurden in den Jahren 1920—1930 insgesamt 182 peritonsilläre Abszesse beobachtet. Von diesen 182 Fällen waren 27 doppelseitige Erkrankungen und 155 einseitige. Prozentual umgerechnet entfallen auf 100 einseitige 17 doppelseitige Abszesse.

Der Verlauf der doppelseitigen Abszesse zeigte im Vergleich zu dem der einseitigen keine nennenswerten Unterschiede. Nur war das Krankheitsbild naturgemäß etwas ausgesprochener, besonders dann, wenn die peritonsilläre Abszedierung beider Seiten zeitlich zusammenfiel. Schwere Komplikationen traten weder bei den doppelseitigen noch bei den einseitigen Abszessen auf; auch hierin war kein Unterschied feststellbar. Die Behandlung der doppelseitigen Abszesse war stets dieselbe wie bei den einseitigen.

Zum Schlusse danke ich Herrn Oberarzt Dr. Herrmann für die freundliche Überlassung der Arbeit. Gleichzeitig fühle ich mich Herrn Prof. Dr. Brüggemann, meinem hochverehrten Lehrer, zu Dank verpflichtet, daß er mir gestattet hat, an seiner Klinik zu arbeiten.

Literatur.

Cohen: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band I. Seite 414.

Dietrich: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band II. Seite 175.

Georges: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band II. Seite 233.

Feuchtinger: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band II. Seite 477.

Geza: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band IV. Seite 86.

Perow: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band VII. Seite 116.

Roch: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band XI. Seite 541.

Haardt: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band XII. Seite 20.

Erdelyi: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band XII. Seite 252.

Gorny: Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band XIII. Seite 403.

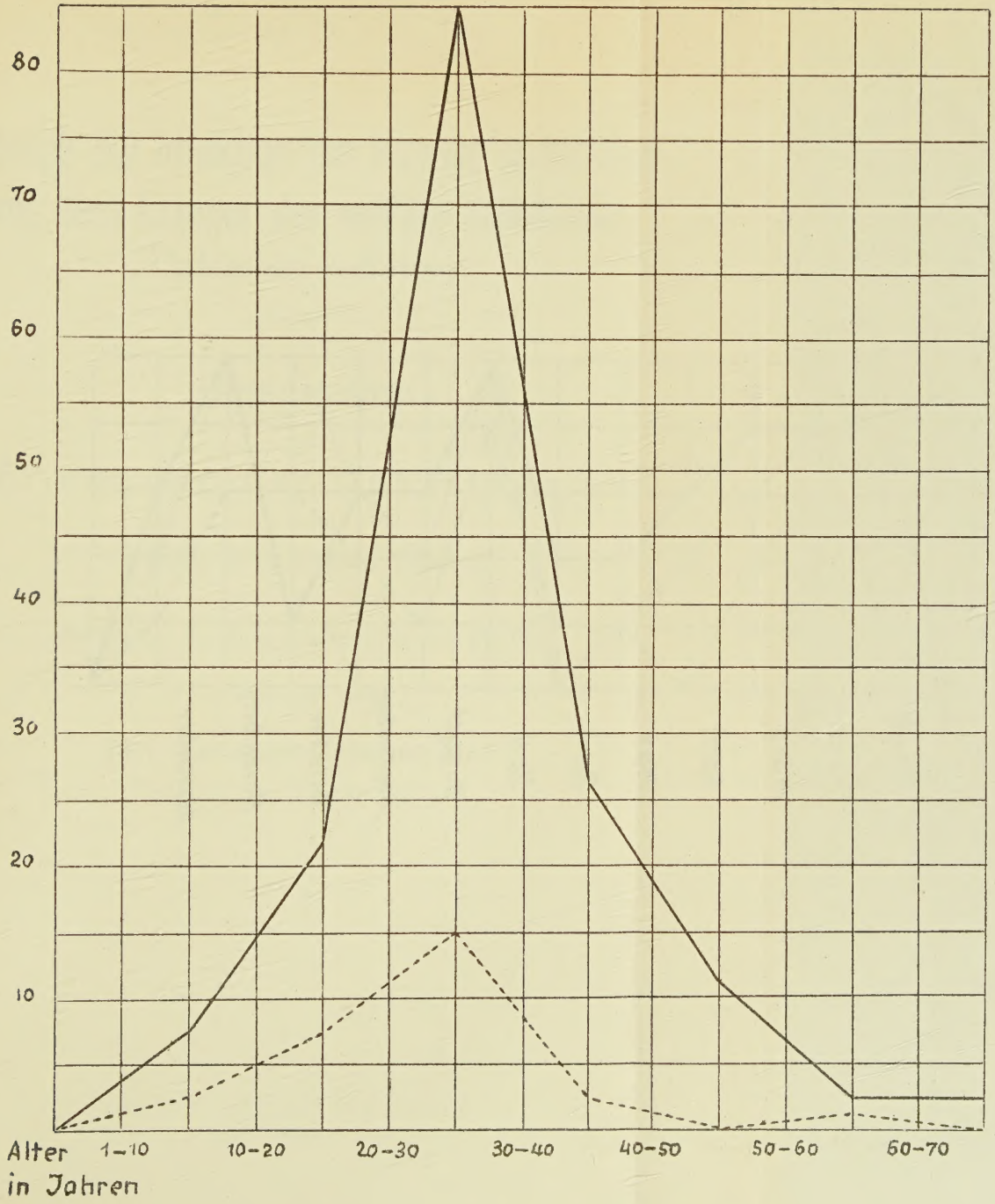
Wessely: Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, 1924.

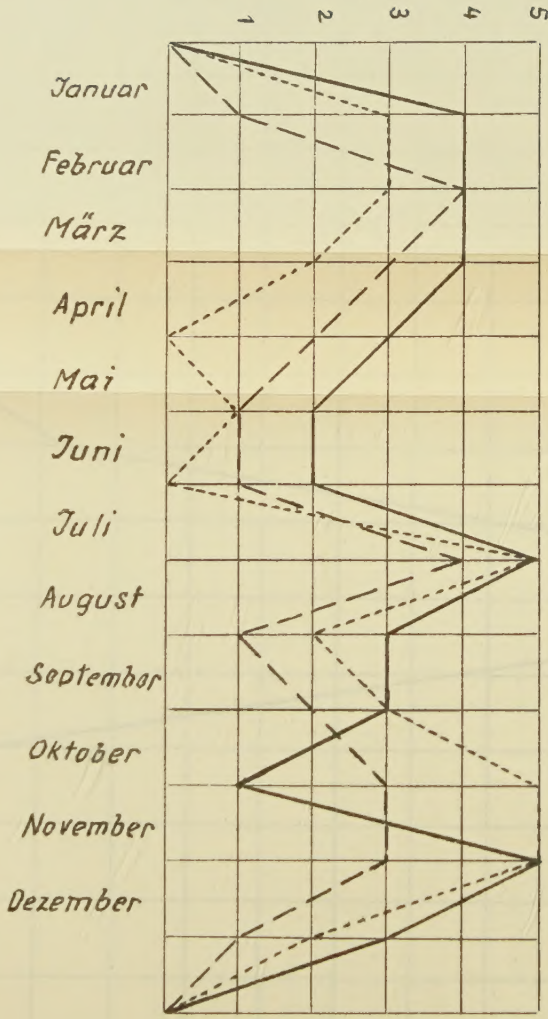
Stieb: „Angina nach Operationen", Beobachtungen an der Gießener Hals-, Nasen- und Ohrenklinik. Dissertation 1931.

Herbst: Schäfer-Passowsche Beiträge. Band 28, Seite 1—17, 1930.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Karl Seibel, am 24. Dezember 1904 zu Schönbach, Dillkreis. Vom 6. Lebensjahre besuchte ich die Volksschule und trat am 1. April 1918 in die Quarta des Gymnasiums zu Dillenburg, das ich am 16. März 1925 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Sommersemester 1925 und Wintersemester 1925/26 studierte ich Mathematik und Physik an der Universität Gießen. Sommersemester 1926 begann ich mein medizinisches Studium; von den beiden mathematisch-naturwissenschaftlichen Studiensemestern wurde mir ein Semester für das Studium der Medizin angerechnet. Die weiteren Semester studierte ich auch in Gießen; am 9. März 1928 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Die folgenden 5 klinischen Semester studierte ich ebenfalls in Gießen. Das Staatsexamen bestand ich am 16. Dezember 1930.


80
70
60
50
40
30
20
10
Alter 1–10 10–20 20–30 30–40 40–50 50–60 60–70
in Jahren


1
2
3
4
5
Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
September
Oktober
November
Dezember